

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Departamento de Educação
Mestrado em Jogo e Motricidade na Infância

Estilos de vida, alimentação, sono, prática desportiva e competência motora no 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.º CEB).

Teresa Margarida Basílio Almeida Pires Mendes

Coimbra, 2018

Teresa Margarida Basílio Almeida Pires Mendes

**Estilos de vida, alimentação, sono, prática desportiva e
competência motora no 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.º CEB).**

Dissertação de Mestrado em Jogo e Motricidade na Infância,
apresentada ao Departamento de Educação da Escola Superior de Educação de
Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutor António Sérgio Duarte Lopes Damásio

Arguente: Prof. Doutor(a) Teresa De Jesus Trindade Moreira Da Costa e Fonseca

Orientador: Prof. Doutor Francisco José Ascenso Campos

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor Francisco Campos e
coorientação do Professor Doutor Fernando Martins e Professor Doutor Sérgio
Damásio

Setembro, 2018

Agradecimentos

Ao professor doutor Francisco Campos, pelo apoio e disponibilidade prestada ao longo de todo o percurso realizado e respetiva autorização concedida para participação no programa FORMIGA. Ao professor doutor Sérgio Damásio, pela disponibilidade, apoio e incentivo. Ao professor doutor Fernando Martins pela disponibilidade e auxílio prestado no tratamento estatístico.

À direção do Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Velho, professores, pais e encarregados de educação, pela autorização para a participação das crianças.

Aos meus pais, por todo o apoio demonstrado ao longo de toda a minha vida e por fazerem de mim a pessoa que sou hoje.

À minha irmã Jéssica que mesmo estando longe sempre me deu motivação, amor e carinho durante esta longa caminhada. Finalmente, ao meu esposo Jérôme Mendes e filho David Mendes, pela paciência, dedicação, amor e carinho nesta longa caminhada.

A todos eles, um grande OBRIGADA!

Menção ao apoio financeiro

Estudo financiado pelo QREN, **Mais Centro - Programa Operacional Regional do Centro**, FEDER (CENTRO-07-CT62-FEDER-005012; ID: 64765).



Estilos de vida, alimentação, sono, prática desportiva e competência motora no 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.º CEB).

Resumo:

Um estilo de vida adequado, hábitos de alimentação, sono e prática de atividade física e desportiva regular, contribuem para o desenvolvimento motor, social, intelectual e cognitivo da criança, durante a infância até à idade adulta. O objetivo deste estudo é: caracterizar os estilos de vida, os hábitos de alimentação, os hábitos de sono e hábitos de prática desportiva das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade, e relacioná-los com a sua competência motora.

A amostra é constituída por 588 crianças dos 6 aos 9 anos ($n = 588$), que frequentaram o 1.º CEB do Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Velho, distrito de Coimbra [Média (M) \pm Desvio-Padrão (DP) = $7,47 \pm 1,10$ anos de idade].

Os resultados comprovam que os estilos de vida provenientes do meio familiar e social onde a criança se encontra inserida, os hábitos de alimentação e de sono, bem como os seus hábitos de prática desportiva, relacionam-se com a competência motora, havendo relações significativas entre estas variáveis e alguns dos testes aplicados (eg., relação linear e positiva entre a prática desportiva e a força de preensão manual - *hand grip*).

Palavras-chave:

Estilos de vida; alimentação; sono; prática desportiva; competência motora; 1.º CEB.

Lifestyles, diet, sleep, sports practice and motor competence in the 1st Cycle of Basic Education (1st CBE).

Abstract:

An adequate lifestyle, eating habits (diet), sleep and regular practice of physical and sport activity, contribute to the motor, social, intellectual and cognitive development of the children, during the childhood to adulthood. The objective of this study is to characterize the lifestyles, eating habits (diet), sleep habits and sports practice habits of children from 1st CBE, from 6 to 9 years, and relate them to their motor competence. The sample consisted of 588 children, aged 6 to 9 years old ($n = 588$), who attended the 1st CBE of Montemor-o-Velho School, of Coimbra district [Mean (M) \pm Standard Deviation (SD) = 7.47 ± 1.10 years of age].

The results show that the lifestyles, from the family and social environment where the child is inserted, the eating (diet) and sleep habits, as well as sports practice habits, are related with motor competence, existing statistical significative relations between these variables and some of applied tests (eg., linear and positive relation between the sports practice and the manual strength - hand grip).

Keywords:

Lifestyles; diet; sleep; sports practice; motor competence; 1st CBE.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	i
Menção ao apoio financeiro	ii
Resumo	iii
Abstract	iv
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Enquadramento teórico	3
1.2. Pertinência do estudo	5
1.3. Definição do problema	6
1.4. Objetivos do estudo.....	6
1.5. Estrutura	7
CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1. O papel da escola no desenvolvimento harmonioso da criança	11
2.2. Estilos de vida	12
2.3. Hábitos de alimentação	14
2.4. Hábitos de sono.....	17
2.5. Hábitos de prática de atividade física e desportiva	19
2.6. Competência motora	21
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	25
3.1. Natureza	27
3.2. Amostra	27
3.3. Procedimentos	27
3.4. Instrumentos	29
3.4.1. <i>Shifting plataforms</i>	30
3.4.2. <i>Lateral jumps</i>	30
3.4.3. <i>Shuttle run</i>	31
3.4.4. <i>Standing long jump</i>	31
3.4.5. <i>Throwing velocity</i>	32
3.4.6. <i>Kicking velocity</i>	32

3.4.7. <i>Hand grip</i>	33
3.5. Variáveis independentes	33
3.6. Variáveis dependentes	33
3.7. Hipóteses estatísticas	34
3.8. Procedimentos estatísticos	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	37
4.1. Estilos de vida	39
4.2. Hábitos de alimentação	42
4.3. Hábitos de sono	44
4.4. Hábitos de prática desportiva	46
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES	49
CAPÍTULO VI: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	61
1. Questionário “Hábitos alimentares e Prática de Atividade Física dos 3-9 anos de Idade”	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Práticas de lazer e uso dos tempos livres	39
Tabela 2. Relação entre os estilos de vida e a competência motora	41
Tabela 3. Hábitos de alimentação.....	42
Tabela 4. Relação entre os hábitos de alimentação e a competência motora	43
Tabela 5. Relação entre os hábitos de sono e a competência motora.....	45
Tabela 6. Relação entre a prática desportiva e a competência motora.....	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Shifting plataforms</i>	30
Figura 2. <i>Lateral jumps</i>	30
Figura 3. <i>Shuttle run</i>	31
Figura 4. <i>Standing long jump</i>	31
Figura 5. <i>Throwing velocity</i>	32
Figura 6. <i>Kicking velocity</i>	32
Figura 7. <i>Hand grip</i>	33

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento teórico

Por norma, aos 6 anos de idade as crianças já demonstram um padrão maduro ao nível das habilidades motoras fundamentais (eg., andar, correr, saltar ou rematar) para realização das tarefas do dia-a-dia. Estes padrões podem ainda não estar desenvolvidos de forma totalmente correta, pela limitação/inibição de oportunidades para a prática de atividade física/desportiva, por exemplo na fase escolar (Cordovil & Barreiros, 2014). A competência motora é um conceito cada vez mais abordado, discutido e investigado, complementando as questões associadas à composição corporal (excesso de peso e/ou obesidade). De uma forma geral, é entendida como a capacidade e competência que a criança tem para realizar tarefas que impliquem a sua aptidão/condição físico-motora (eg., coordenação, velocidade, resistência ou força). Em Portugal, tem sido objeto de reflexão e desenvolvimento em alguns trabalhos recentes (Luz, Cordovil, Almeida, & Rodrigues, 2017; Luz, Rodrigues, Almeida, & Cordovil, 2016).

Nos dias de hoje, face a um mundo industrializado e globalizado, o tempo é visto como um recurso em que os estilos de vida (de uma forma geral), hábitos alimentares, de sono ou de prática de atividade física e desportiva são muitas vezes minimizados e desprezados. A falta de tempo é muitas vezes indicada como justificação para a não realização de atividade desportiva regular (Comissão Europeia, 2018) ou para a substituição de refeições atempadas, completas e diversificadas por outras, ricas em gorduras ou açúcares, e pobres em nutrientes provenientes do peixe, carne, ovos e leguminosas/hortícolas (Cordeiro, Rosa, & Carvalho, 2014).

Uma alimentação variada e equilibrada, a regulação e a quantidade de horas de sono e a prática de atividade desportiva são, por si só, fatores beneficiadores da saúde e do bem-estar físico, mental, intelectual e/ou social da criança. Para além do referido, auxiliam na prevenção do aumento de peso na idade escolar, como em quaisquer outras idades. Uma condição fulcral e indispensável para a manutenção de uma vida saudável consiste na adoção de estilos de vida adequados (eg., alimentação e prática de atividade

física e desportiva) logo na infância, e a conservação destes na idade adulta (e mesmo pós-adulta), tendo estas atitudes impactos extremamente positivos a nível individual e de capital importância para a construção de sociedades mais saudáveis.

Contudo, em concreto em termos de alimentação pode-se verificar uma mudança dos hábitos alimentares durante o crescimento natural da criança, sendo que a essência do que por ela é retido nestas primeiras aprendizagens e/ou conceptualizações sociais é construído e moldado pela interação social com os seus pares (eg., pais, familiares e amigos), solidificando-se ao longo de toda a sua vida (Madruga, Araújo, Bertoldi, & Neutzling, 2012). O mesmo se pode aplicar quanto aos hábitos de prática de atividade física desportiva, hábitos de sono e aquisição de outros comportamentos, consentâneos com estilos de vida saudáveis.

De uma forma resumida, na atualidade, e entre outros aspetos, todas as crianças necessitam de adotar estilos de vida adequados, hábitos de alimentação saudável - rica e diversificada em termos nutritivos - que favoreçam o seu bem-estar e crescimento (físico, mental, social e/ou intelectual), tendo em vista a promoção e adoção de hábitos positivos que se prolonguem e os acompanhem ao longo da sua vida. Dormir o tempo adequado e conseguir manter rotinas no deitar e acordar, manter-se fisicamente ativo (Cruz, Blois, & Neto, 2012) no dia-a-dia através da prática de atividade física e desportiva (orientada, competitiva e formal), e usar moderadamente o telemóvel, *tablet* ou computador para fins lúdicos (jogo), são pequenos exemplos de como, de forma concertada e articulada, é possível melhorar a qualidade de vida das crianças e do seu respetivo agregado familiar, essencialmente numa perspetiva de saúde (física, mental e/ou social) (Organização Mundial de Saúde, 2017).

1.2. Pertinência do estudo

Para além dos profissionais da educação [eg., professor do 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.ºCEB)], dos profissionais da atividade desportiva [eg., professor de Educação Física, quando em funções nas Atividades de Enriquecimento Curricular (AECs)], dos próprios pais ou encarregados de educação e respetivo agregado familiar, entre outros, também os profissionais da saúde (eg., médico de família) podem/devem desempenhar um papel importantíssimo na sensibilização [eg., uma alimentação que não prescinda da sopa diária ou “obrigatoriedade” da criança brincar 30 minutos por dia em contacto com a Natureza] e na transmissão de conhecimentos que proporcionem melhorar os estilos de vida (melhor predisposição física e/ou mental e maior conforto às crianças), aspetos que ajudarão a moldar a sua personalidade e se irão repercutir ao longo da vida adulta (Xavier & Ferreira, 2018). Tal multidisciplinaridade reflete a pertinência de todas as variáveis em análise, e a necessidade de existir um trabalho concertado e sinérgico entre setores (educação, saúde, transportes, desporto, urbanismo, juventude) e respetivos profissionais, em prol do bem-estar geral das crianças com nestas idades.

Entre os 6 e os 9 anos de idade (idade escolar associada à frequência do 1.º CEB), ocorrem grandes mudanças no que concerne à composição corporal das crianças (eg., peso corporal, percentagem de massa magra e de massa gorda), desigual entre meninos e meninas, acompanhadas pelo crescimento da estatura (Direção-Geral do Consumidor e Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013). Esta, por sua vez, relaciona-se com os seus níveis de competência motora (Luz et al., 2017; Luz et al., 2016). Pelo exposto, é extremamente adequado, relevante e pertinente a investigação centrada nesta faixa etária e neste contexto específico (1.º CEB) ao nível dos seus estilos de vida, hábitos de alimentação, de sono e de prática de atividade física e desportiva, tal como a relação destas variáveis com a competência motora das crianças com esta idade.

1.3. Definição do problema

Ao nível do 1.º CEB, o público-alvo objeto de estudo da presente investigação, quais os hábitos alimentares praticados por estas crianças que frequentam este nível de ensino? O que comem é adequado ou recomendado pelas entidades de referência [eg., Direção-geral da Saúde (DGS)]? Em termos de estilos de vida (eg., hábitos de sono), será que não dormem o suficiente ou se deitam a horas apropriadas? E relativamente à prática de atividade desportiva? Será que estas crianças, nesta etapa da sua vida, são minimamente ativas fisicamente? Estas, e entre outras questões, serviram de base e reflexão para desenho deste estudo, às quais se pretende responder ao longo do mesmo.

De uma forma geral, o presente estudo pretende refletir sobre a seguinte questão: quais os estilos de vida, hábitos de alimentação, hábitos de sono e hábitos de prática desportiva das crianças que frequentam o 1.º CEB, com idades compreendidas entre 6 e 9 anos, e de que forma a sua competência motora está relacionada com estas variáveis (eg., a alimentação desequilibrada influencia negativamente a competência motora?).

1.4. Objetivos do estudo

Pelo referido nos pontos anteriores, este trabalho de investigação apresenta como objetivos:

- 1) caracterizar os estilos de vida das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade, e relacioná-los com a sua competência motora;
- 2) caracterizar os hábitos de alimentação das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade, e relacioná-los com a sua competência motora;
- 3) caracterizar os hábitos de sono das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade, e relacioná-los com a sua competência motora;
- 4) caracterizar os hábitos de prática de atividade física e desportiva das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade, e relacioná-los com a sua competência motora.

1.5. Estrutura

O estudo encontra-se organizado em 7 capítulos, incluindo o capítulo de anexos:

- 1) CAPÍTULO I - “INTRODUÇÃO”: é desenvolvido o enquadramento, a pertinência do estudo e o problema que o suporta, os objetivos definidos e a estrutura do trabalho;
- 2) CAPÍTULO II - “REVISÃO DA LITERATURA”: procede-se à revisão das fontes existentes, em relação às temáticas que estão subjacentes à presente investigação (eg., estilos de vida, hábitos de alimentação ou prática desportiva);
- 3) CAPÍTULO III - “METODOLOGIA”: determina-se a natureza do estudo, a amostra para a recolha, os procedimentos adotados, a caracterização dos testes de competência motora aplicados, as variáveis em análise (independentes e dependentes), as hipóteses estatísticas formuladas e o tratamento estatístico realizado;
- 4) CAPÍTULO IV - “RESULTADOS”: são apresentados, analisados e discutidos os resultados obtidos, considerando os objetivos previamente estabelecidos;
- 5) CAPÍTULO V - “CONCLUSÕES”: são descritas as conclusões do presente estudo, e as recomendações a seguir para futuros trabalhos;
- 6) CAPÍTULO VI - “REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS”: são redigidas e indicadas as fontes consultadas, de suporte para a realização e fundamentação deste trabalho;
- 7) “ANEXOS”: são apresentados os documentos que suportam o redigido no corpo de texto, utilizados ao longo da investigação, que complementam a informação fornecida.

CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O papel da escola no desenvolvimento harmonioso da criança

Em Portugal, foi lançado em 2015 o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE 2015), tutelado pelo Ministério da Saúde (2015). A promoção e educação para a saúde, já em 1986, era consagrada no ponto 2 do artigo 47.º da Lei de Bases do Sistema Educativo. A partir de 2005 passou a estar incluída no Projeto Educativo de Escola (Despacho n.º 25 995/2005) que, até à data, dependia da adesão das escolas (Martins, Campos, Melo, Leandro, Gomes, Mendes, & Damásio, 2018).

Um dos principais objetivos do PNSE 2015 está relacionado com a orientação das políticas para a promoção da saúde em meio escolar, em especial de crianças e jovens. O programa considera que crianças e jovens têm direito à saúde e educação, e devem ter oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e bem-estar em termos genéricos. O seu objetivo geral visa a melhoria das condições para acesso, e que assim todos possam ter mais e melhor saúde, bem como mais e melhor educação, fazendo com que todos os intervenientes envolvidos no processo (eg., encarregados de educação, professores) desempenhem o seu papel e sejam responsáveis pelo bem-estar e qualidade de vida de crianças e jovens portugueses (Martins et al., 2018). Em termos específicos, os principais objetivos do PNSE 2015 são:

- a) promoção de estilos de vida saudável e elevação do nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- b) contribuição para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e minimização dos riscos para a saúde;
- c) promoção da saúde na comunidade educativa e redução do impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar de todos os alunos;
- d) estabelecimento de parcerias para qualificação profissional, investigação e inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

No contexto que este programa se enquadra - comunidades educativas, pretende-se entender, desvendar e atuar sobre a realidade complexa do comportamento e proteger a saúde das crianças/jovens. “Intervir, globalmente, implica uma abordagem holística

da saúde nas escolas e intervenção biopsicossocial sobre os indivíduos” (Ministério da Saúde, 2015, p.16).

Tal só é possível se forem desenvolvidas investigações, por exemplo, acerca de hábitos de alimentação e prática de atividade física e desportiva. Assim, o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2016) recomenda que se criem parcerias com o Ensino Superior ou com outros intervenientes, de modo a desenvolver hipóteses de pesquisa sobre estas temáticas no âmbito da saúde escolar (Martins et al., 2018).

2.2. Estilos de vida

O desenvolvimento do ser humano resulta de interações, entre as características biológicas (eg., de maturação) e os diversos contextos ambientais e sociais aos quais a criança está sujeita. Estes podem, de determinada forma, afetá-la, sendo evidente a sua dependência para com o meio ambiente no processo de desenvolvimento (Cordovil & Barreiros, 2014). O comportamento da criança adapta-se mediante reforços positivos ou negativos (eg., verbais e/ou não verbais), modelagem e identificação com os outros (eg., família, amigos e/ou pares), ou na forma como socialmente se vê a si mesma.

O desenvolvimento, progressivo, harmonioso e integral da criança, constrói-se com domínio/controlo emocional, no reconhecimento dos papéis sociais e na obtenção de competências que lhe possibilitem conviver e/ou experienciar vivências com outras crianças de idade similar. É através do conhecimento dos seus limites, e suscetibilidade às exigências constantes dos adultos, que a criança consegue ajustar e controlar os seus comportamentos (Sousa, 2009).

A família é o meio social de aprendizagem fundamental para a criança, sendo determinante e decisiva nas suas opções, na medida em que influencia as atitudes e as expectativas face às situações do dia-a-dia (Cordovil & Barreiros, 2014). É durante a

infância que ocorrem inúmeras e intensas modificações, desde alterações fisiológicas até mudanças psicológicas. Por ser uma fase assinalada por mudanças, acaba também por ser um período em que são consolidados e estabelecidos estilos de vida. Nos dias de hoje, as crianças passam grande parte do seu tempo a ver televisão, a jogar em ambiente virtual e, por consequência, menos tempo a brincar (ativamente).

Por estes motivos, entre outros (eg., alteração de hábitos de alimentação), tem-se verificado um aumento do peso corporal, existindo cada vez mais crianças com índices de excesso de peso e/ou obesidade (Campos, Santos, Temudo, Semedo, Costa, Melo, & Martins, 2018; Melo, Inácio, Pereira, Santos, Sousa, Campos, & Martins, 2018). De forma a permitir um desenvolvimento físico, social, cognitivo e psicomotor adequado, as crianças necessitam de um equilíbrio em relação ao seu estilo de vida. Nesta esfera os pais/encarregados de educação têm grandes responsabilidades. Por exemplo, e conforme refere Folmer (2012), crianças que não se alimentam segundo as suas necessidades tendem a retardar o seu nível do crescimento, a baixar o rendimento escolar e/ou a ter dificuldades em interagir socialmente com os seus pares, da mesma idade ou de idades superiores (eg., familiares ou professores).

Relacionando estilos de vida com alimentação, e como já referido anteriormente, é de forma passiva que a criança tem acesso a mensagens de natureza consumista (eg., *mass media* e televisão) que se constituem como indutoras do consumo de produtos energéticos de baixo valor, influenciando o seu comportamento alimentar. O modelo de Contento e Michela (1999), acerca dos distúrbios alimentares das crianças e dos adolescentes, relaciona condições fisiológicas, cognitivas/motivacionais e ambientais. Nas fisiológicas, a qualidade química e o conteúdo dos alimentos (eg., açucarado ou salgado) originam sensações agradáveis ou repulsivas na criança, influenciando e determinando a sua escolha em termos de alimentação; nas cognitivas/motivacionais, as convicções e noções alimentares da criança/adolescente, as suas motivações e os juízos de valor encaminham a tomada de decisão em relação à preferência alimentar; as ambientais (eg., disponibilidade ou acesso à prática de atividade física/desportiva

e/ou a condição económica) serão igualmente decisivas e condicionantes das opções alimentares tomadas (Sousa, 2009)

2.3. Hábitos de alimentação

A educação alimentar e nutricional da criança deve determinar a criação conjunta de conhecimento, consoante o planeado ao nível do Ensino Básico, com a incorporação de equipas de saúde, da “comunidade escolar”, da própria criança e respetiva família, sendo os conteúdos programados fundamentais no trabalho realizado ao longo do ano letivo e, na ocasião oportuna, da manifestação de práticas, crenças, conhecimentos e experiências da criança (Costa, Nunes, Duarte, & Pereira, 2012).

Na etapa de vida correspondente ao Ensino Básico a alimentação, a criança tem um metabolismo intenso, comparado com o de um adulto, bem como uma ação corporal e mental mais elevada, exigindo um maior consumo de nutrientes. A sua alimentação é, em parte, determinada pelo tempo que passa na escola e outros contextos de ocupação do tempo livre (formais e informais). Sendo a escola o espaço onde a criança permanece grande parte da sua vida, torna-se importante que a escola tenha opinião e intervenha, mais ativamente, na construção de programas que considerem a educação alimentar das crianças (Dias, 2017).

Um dos papéis fundamentais da escola na aprendizagem e formação da criança centra-se no desenvolvimento psicológico, intelectual, físico e/ou social, assim como veiculação de saber, saber-fazer e saber-estar, visando a adoção de hábitos e de práticas alimentares saudáveis, visto que é o local onde a criança ocupa uma grande parte do seu tempo (Lopez & Júnior, 2011). Crianças que ingerem alimentos em conjunto com os pares (outras crianças) em contexto adequado, consequentemente, consomem alimentos mais nutritivos, e experienciam, ao nível do paladar, uma maior diversidade (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2012).

Os programas de incentivo à prática de alimentação saudável devem facilitar opções conscientes, associadas a estilos de vida positivos e adequados, os quais podem ser refletidos através do meio familiar ou comunitário. Para além de promover hábitos e estilos de vida saudáveis, permitem um harmonioso crescimento/desenvolvimento. De forma complementar, o programa de Educação Física na escola, no domínio dos objetivos gerais, “encerra” um conjunto alargado de saberes no âmbito da promoção a manutenção da saúde, estreitamente associados à aquisição e adoção de estilos de vida saudáveis, influenciando positivamente o crescimento, desenvolvimento, composição corporal e aptidão motora (competência motora).

Os primeiros anos de vida de uma criança são fundamentais para que se consiga transmitir conhecimento relevante, designadamente ao nível da alimentação, existindo a eventualidade de, nesta fase, se fundar a prática de hábitos alimentares adequados e saudáveis, os quais por sua vez podem persistir na sua vida até à idade adulta (Direção-Geral do Consumidor e Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013).

Durante a primeira infância, diversos comportamentos encontram-se em fase de desenvolvimento, inclusivamente hábitos alimentares. Assim, a educação alimentar, em contexto escolar, visa o educador como representante que irá influenciar as práticas alimentares da criança, pela sua atitude perante si própria. Uma alimentação/nutrição apropriadas ao crescimento físico, emocional e intelectual, impulsionarão a qualidade de vida e bem-estar geral da criança.

Em contexto escolar, os alimentos fornecidos nas cantinas contêm um elevado grau energético, abundantes em açúcares, gorduras ou sal, realidade que necessita ser moderada. A cantina dever ser um lugar que dê ênfase e promova a adoção de hábitos alimentares saudáveis, explorados e mencionados pelos educadores nas salas de aula, desenvolvendo a implementação de uma alimentação e de um estilo de vida saudável. O estabelecimento de uma educação alimentar e nutricional em ambiente escolar deve ser persuadido por profissionais treinados para a utilização prática da mesma, de forma

adequada, segundo a idade e estrutura das crianças, aproveitando recursos facilitadores de aprendizagem (Carvalho, 2014; Costa et al., 2012).

Portugal é um dos países que apresenta maior consumo excessivo de produtos alimentares com grau energético de baixo valor nutricional, os quais estão inseridos nas escolas em máquinas de venda e refeições escolares a preços acessíveis, e a todas as crianças de diferentes contextos sociais. Estes produtos alimentares, com grandes porções de açúcar e gordura, ainda fazem parte dos lanches das crianças nos dias de hoje, pois são levados de casa (Graça, Mateus, & Lima, 2013).

O consumo de matérias-primas de fonte animal (eg., carnes, pescado ou ovos) e de óleos e gorduras (sobretudo de origem animal) prosperaram, enquanto que por outro lado, as leguminosas, frutos ou produtos hortícolas são cada vez menos consumidas. Portugal, tal como em outros países do sul da Europa, tem vindo progressivamente a distanciar-se do modelo alimentar mediterrânico tradicional (Graça et al., 2013).

Entre os 6 e os 9 anos de idade, as crianças encontram-se numa fase de mudanças em termos de crescimento (intelectual, social, cognitivo, emocional), onde se averigua mudanças no apetite e ingestão alimentar (Direção-Geral do Consumidor e Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013). Pelo referido, é fundamental que a alimentação da criança se coadune às suas carências, atendendo as porções recomendadas pela DGS [Porções Diárias Recomendadas (PDR)] (Silva, Costa, Folgado, & Alves, 2011).

Por conseguinte, a adoção e a prática regular (diária) de hábitos de alimentação saudáveis, associada a um estilo de vida positivo e uma atividade desportiva, deve ser ponderada e incitada em contexto escolar, para que as crianças sensibilizem e chamem a atenção aos seus pais/encarregados de educação, agregado familiar, e mesmo outros familiares, para a importância da implementação destas medidas, de forma a impedir o surgimento de doenças e/ou outros constrangimentos de saúde (Cordeiro et.al. 2014).

A aquisição de práticas alimentares saudáveis na infância é fundamental para a saúde das crianças e, num futuro próximo, para a sua saúde enquanto adultos. A DGS defende que a alimentação assegura a sobrevivência do ser humano, fornece energia e nutrientes necessários para o bom funcionamento do seu organismo, contribui para a manutenção do estado de saúde físico e mental, desempenha um papel fundamental na prevenção de algumas doenças ou restrições de saúde (eg., obesidade, diabetes, certos tipos de cancro ou doenças cardiovasculares) e contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes. Patrick e Nicklas (2005) defendem que os fatores ambientais (eg., enquadramento físico e social, valores e crenças, costumes parentais, organização das refeições e o estilo alimentar) e o estilo de vida da criança, e do respetivo agregado familiar, condicionam e influenciam em grande medida o seu futuro, podendo em certa medida moldá-lo consoante tais influências.

2.4. Hábitos de sono

Ao longo do desenvolvimento da criança, observa-se uma maturação progressiva da organização do sono, que converge para o padrão do adulto no final da adolescência (Galland, Taylor, Elder, & Herbison, 2012). Este processo envolve a diminuição do tempo total de sono diário e número de sestas (até desaparecerem, habitualmente por volta dos 4-5 anos), a consolidação do sono noturno (com a diminuição do número de despertares) e o aumento da duração dos ciclos do sono (Galland, et al., 2012).

Os hábitos de sono das crianças constroem-se pela sequência diária de horários do sono, regras, rotinas, interações com os pais/encarregados de educação e ambiente na hora de adormecer, os quais podem ser mais ou menos previsíveis e consistentes (Mindell & Owens, 2010). Nesta construção cruzam-se, entre outros fatores, o perfil neuro biopsicológico da criança, o seu estágio de maturação, as experiências prévias e, do lado dos pais, conhecimentos e crenças acerca do sono, estilo educativo e estilo de vida (Silva, 2014). É de salientar o número e complexidade de interações dos fatores

que podem influenciar o sono das crianças ao longo do seu desenvolvimento. Por esse motivo, Owens (2008) considera que o sono pode ser encarado como "barómetro" do bem-estar físico e mental das crianças (Silva, 2014).

A privação do sono pode ter repercussões a nível da atenção e de outras funções de execução (rapidez no processamento do estímulo), de funções cognitivas superiores (abstração, criatividade e capacidade de resolver problemas) e regulação da reatividade emocional e humor. Por isso o sono parece fundamental para o neurodesenvolvimento, o que pode explicar a sua maior duração em organismos mais jovens (Silva, 2014).

De acordo com o exposto por outros autores (Lopes, Almeida, Jacob, Figueiredo, Vieira, & Carvalho, 2016), o sono consiste num método fisiológico, ativo e dinâmico, representativo de uma ação diária, fundamental para o desenvolvimento e crescimento infantil. Os hábitos de sono são afetados por fatores de ordem biológica, psicológica, ambiental, familiar e sociocultural, e pelo estágio de desenvolvimento que se encontra a criança. Hábitos de sono não apropriados podem acarretar consequências a diversos níveis: perturbação no regulamento emocional; diminuição do rendimento cognitivo e escolar; acréscimo do risco de acidentes; mudança ao nível do crescimento; obesidade. Por outro lado, os maus hábitos e as alterações no sono da criança causam impacto na qualidade de vida dos seus pais, prejudicando, como consequência, o seu bem-estar e desempenho diário pessoal e profissional (Lopes et al., 2016).

Na faixa etária dos 6-12 anos, é possível identificar duas tendências de duração do sono. Existe um padrão do Norte e Centro da Europa e da Austrália, com duração do sono superior, em continuidade com os valores de duração do sono pré-escolares (Silva, 2014). Um outro padrão corresponde à tendência das populações asiáticas e do sul da Europa, onde se inclui Portugal, as quais têm tempos de sono mais reduzidos, diminuição marcada pelas necessidades (eg., horários de sono adotados em virtude do horário escolar) (Silva, 2014). Crispim, Boto, Melo e Ferreira (2011) evidenciam que, com base em dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), para crianças dos 6 aos

14 anos de idade, a nível nacional, a duração média do sono é de 9 horas e 41 minutos e que a sesta é prática comum em menos de 4% das crianças. Resumidamente, o sono é considerado algo fulcral para desenvolver a criança de forma integral e harmoniosa sendo que a sua privação pode provocar-lhe uma influência negativa (Silva, 2014).

2.5. Hábitos de prática de atividade física e desportiva

Na infância, a atividade física é descrita como o conjunto de tarefas recreativas, desportivas, lúdicas e/ou domésticas, que fazem parte do dia-a-dia da criança (eg., jogos/brincadeiras, prática desportiva, aula de Educação Física, exercício programado pela sua família). Quando realizada regularmente, em conjunto com uma alimentação regrada e saudável, bem como um estilo de vida adequado, proporciona e potencia o desenvolvimento do crescimento físico bem como benefícios psicológicos e/ou sociais para a sua saúde e bem-estar geral da criança.

Concretamente, e a título de exemplo, a nível físico conseguem-se melhorias na circulação sanguínea, distribuição de oxigénio no organismo, tonificação e definição muscular, aumento da resistência aeróbia e da competência motora como um todo. A nível psicológico as melhorias surgem na autoestima, autoconfiança, autoconceito e/ou autoimagem, bem como na diminuição dos níveis de stress, ansiedade e/ou depressão. Socialmente, a prática desportiva proporciona o desenvolvimento de competências na cooperação e relacionamento interpares (Saraiva, 2013).

Segundo Saraiva (2013), crianças com idades compreendidas ente os 5 e os 10 anos de idade devem praticar atividade física (aeróbica) diariamente, com uma duração de 60 minutos. De forma complementar, por sua vez, os programas de Educação Física devem ter como finalidade a promoção de um estilo de vida saudável, benéfico para a saúde das crianças, a partir do qual se desenvolve a formação de conceitos e princípios teóricos que os podem auxiliar nas suas tomadas de decisão, relativamente à relevância

da adoção de uma vida ativa não somente durante o período escolar, mas da infância até à idade adulta (Guedes, 1999), por outras palavras, de um estilo de vida ativo.

Estes conhecimentos, e fundamentos teórico-práticos, contribuiriam para tornar os saberes das crianças mais intensos, levando-as a estabelecer ligações ente a prática de exercício físico (atividade desportiva regular) e a saúde, que certamente é uma das questões cruciais para que a atividade física seja integrada na sua rotina diária, e vista como ferramenta primordial na manutenção de estilos de vida adequados e saudáveis. De forma resumida, um dos principais objetivos da Educação Física na escola deveria passar pela transmissão de conhecimento às crianças acerca dos conceitos de atividade física, atividade desportiva e saúde (Guedes, 1999), assim como a sua relação.

A prática desportiva na infância, segundo afirma Guedes (1999) e Nahas (2003), exerce uma relevante importância na criação de hábitos e estilos de vida saudáveis da criança na sua fase adulta. Assim, a atividade física nas aulas de Educação Física deve ser compreendida e utilizada, não unicamente para o ensino da técnica e tática de um conjunto variado de modalidades desportivas (eg., ginástica, natação), onde quem não atinge os objetivos previamente estabelecidos para a prática é excluído, aumentando a repugnância pela atividade desportiva, transformando-se em adultos sedentários e com alguma aversão à prática desportiva.

Esta estratégia deverá ser redefinida por forma a que todas as crianças participem nas diversas práticas físicas desportivas, as quais deverão proporcionar alegria, prazer e/ou motivação na criança (Guedes, 1999). No 1.º CEB, as ocasiões de atividade física desportiva, restringem-se aos jogos/exercícios efetuados na área das Expressões, mais especificamente na Expressão e Educação Físico-Motora, e às brincadeiras no tempo de recreio (Cordeiro, 2013). Atendendo aos períodos maiores destinados às disciplinas de carácter “intelectual” (eg., Matemática, Português ou Estudo do Meio), é bastante importante que as crianças sejam submetidas a atividades onde a prática físico-motora esteja implícita, potenciando o desenvolvimento da sua competência motora.

As crianças dependem do consentimento dos pais ou encarregados de educação para a prática desportiva, como, entre outras razões, da sua condição económica e/ou temporal para se deslocarem aos locais onde se realizam as atividades. A estimulação e aceitação de estilos de vida pouco ativos pelos pais/encarregados de educação não beneficia a dedicação, e o próprio foco que as crianças colocam e se vinculam à prática de atividade desportiva. Contrariamente, crianças cujos pais/encarregados de educação tenham um estilo de vida mais ativo tendem a ser no presente, e futuro, como adultos, mais ativos física, mental e socialmente (Matos, Carvalhosa, & Dinis, 2002).

2.6. Competência motora

Durante o período da infância até à sua adolescência, as crianças encontram-se na fase dos movimentos essenciais, para desempenho das tarefas do seu dia-a-dia, em que as principais alterações físico-motoras surgem no aperfeiçoamento das habilidades motoras observadas a partir da ação que é executada, como por exemplo em termos de postura (dinâmica ou estática), de locomoção (andar, correr ou saltar), de manipulação (recepção, arremesso ou chuto) e de estabilização (rolamento), resultantes das tarefas e dos contextos nos quais a criança se insere (Cordovil & Barreiros, 2014).

Todas estas habilidades podem ser combinadas de diferentes modos (eg., salto e rolamento), com objetivo de obter/adquirir habilidades motoras diferenciadas, as quais são transferidas ou utilizadas posteriormente aquando da prática desportiva (Cordovil, & Barreiros, 2014).

Embora exista uma certa evidência para o desenvolvimento de padrões maduros nas crianças aos 6 anos de idade, ainda coexistem níveis rudimentares de movimento no padrão de corrida em idades compreendidas entre 4 e 9 anos. Pode ser demonstrada a mesma tendência, mesmo em crianças de 6 anos, para ambos os géneros e para níveis elementares de execução, nos seguintes movimentos: apoio invertido; rolamento do

corpo; caminhar sobre a trave; e equilíbrio com um pé. Facto semelhante acontece em crianças de 7 anos, nas quais os movimentos de arremesso são realizados com um certo défice motor (Cordovil, & Barreiros, 2014).

O desempenho motor nas crianças com idades compreendidas entre 5 e 10 anos, em termos de execução da tarefa, é caracterizado como pobre e inferior nas habilidades motoras de locomoção e manipulação. Tal facto acontece devido à inexistente prática de atividades motoras diferenciadas, sistemáticas e adequadas de acordo com a idade, à falta de instrução adequada e assertiva e pouco incentivo para a prática de atividade física desportiva nas aulas de Educação Física ou Expressão e Educação Físico-Motora (Cordovil, & Barreiros, 2014).

O baixo desempenho para a faixa etária dos 5 aos 10 anos torna-se mais evidente nas meninas. Em idade pré-escolar, os meninos apresentam um desempenho superior, comparativamente às meninas, nos movimentos que exigem um determinado vigor na sua execução (eg., correr, saltar na horizontal ou arremessar), sugerindo uma distinção benéfica a eles no desempenho de tarefas que envolvem maior grau de destreza física, como nas atividades que implicam o controlo/manipulação de objetos. Tais diferenças podem surgir devido ao tempo que é despendido em práticas físicas desportivas, o qual é menor no género feminino (Comissão Europeia, 2018; Cordovil, & Barreiros, 2014).

Entre os 6 e 9 anos de idade surgem mudanças associadas à composição corporal das crianças (eg., diminuição da percentagem de massa gorda), desigual nos meninos e nas meninas, acompanhadas por um crescimento da sua estatura ((Direção-Geral do Consumidor e Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013). As atividades que envolvem força, ou resistência muscular, são fundamentais para a competência física das crianças durante o seu percurso no ensino, bem como na própria vida. Estas podem ser consideradas não programadas, quando ocorrem espontaneamente, como ao fazer a sua própria higiene pessoal, e programadas, através de jogos de interação com pares ou da prática de atividade desportiva formal (eg., ginástica ou futebol).

Tal como descrito na parte introdutória da presente investigação, em Portugal, a competência motora é um conceito cada vez mais abordado, de forma complementar às questões associadas ao excesso de peso e obesidade infantil. Os protocolos de Luz et al. (2017) e Luz et al. (2016), descritos seguidamente no capítulo METODOLOGIA, foram aplicados em algumas investigações recentes (Campos et al., 2018; Melo et al., 2018). No estudo de Campos et al. (2018), onde um dos objetivos era correlacionar o excesso de peso e obesidade com a competência motora das crianças do 1.º CEB, foi possível verificar que, em termos estatísticos, existem relações positivas com o *shuttle run* (resistência aeróbia) e o *hand grip* (força de preensão manual), e relações negativas com o *lateral jumps* (estabilização nos saltos laterais), o *standing long jump* (impulsão no trem inferior) e o *throwing velocity* (arremesso no membro superior).

Pelos resultados obtidos, e em termos concretos, é possível verificar que, ao nível do 1.º CEB, as crianças que apresentam valores mais elevados em termos de excesso de peso e obesidade (as que têm um maior peso corporal), apresentam piores resultados em termos de velocidade de corrida (*shuttle run*), capacidade para saltar lateralmente de forma rítmico-sequencial (*lateral jumps*), capacidade para saltar longitudinalmente (*standing long jump*) e capacidade para lançar uma bola com a maior força/velocidade possível (*throwing velocity*). Por outro lado, a índices de excesso de peso e obesidade mais altos estão associados melhores resultados no teste de força de preensão manual (*hand grip*) (Campos et al., 2018), o que nos parece perfeitamente natural em virtude do maior “volume corporal” associado às crianças com excesso de peso ou obesidade.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1. Natureza

A natureza desta investigação é quantitativa, com características de design pré-experimental (Cohen, Manion, & Morrison, 2007), uma vez que define “como objetivo a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis” (Sousa & Baptista, 2011, p. 53).

3.2. Amostra

Participaram neste estudo 588 crianças dos 6 aos 9 anos de idade ($n = 588$), que frequentaram o ano letivo de 2017-2018, no 1.º CEB do Agrupamento de Escolas de Montemor-o-Velho (AEMV), distrito de Coimbra [Média (M) \pm Desvio-Padrão (DP) = $7,47 \pm 1,10$ anos de idade]. Da totalidade da amostra, 286 (48,60%) são do género feminino e 302 (51,40%) do masculino. Complementando a informação, 145 (24,70%) têm 6 anos de idade, 163 (27,70%) 7 anos, 137 (23,30%) 8 anos, 143 (24,30%) têm 9 anos, e frequentam as dez escolas do Ensino Básico do AEMV (Arazede, Carapinheira, Casal Novo - Meãs do Campo, Formoselha, Meãs do Campo, Pereira, Seixo de Gatões, Tentúgal, Viso e Montemor-o-Velho).

3.3. Procedimentos

Este estudo foi enquadrado no âmbito do projeto FORMIGA, desenvolvido pelo AEMV em colaboração com a autarquia local, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde de Montemor-o-Velho e Unidade de Investigação Aplicada em Ciências do Desporto (UNICID) da Escola Superior de Educação de Coimbra do Instituto Politécnico de Coimbra (ESEC-IPC) (Martins et al., 2018). A promoção de estilos de vida e hábitos de alimentação saudáveis, e da prática de atividade desportiva

regular, em crianças em idade escolar e pré-escolar (sensivelmente entre os 3 e 9 anos de idade), no concelho de Montemor-o-Velho são os principais objetivos do programa.

Para o ano letivo 2017-2018, numa primeira fase e de forma genérica, pretendeu-se uma avaliação diagnóstica acerca dos estilos de vida, hábitos de alimentação, prática de atividade desportiva, de todas as crianças que frequentam o sistema de Ensino Pré-escolar e 1.º CEB. Os dados foram recolhidos mediante a aplicação de um questionário aos seus pais/encarregados de educação no início do ano letivo (anexo 1).

O questionário foi construído e validado pela equipa de investigação associada ao programa, sob supervisão da UNICID, respeitando o recomendado na literatura de referência para construção/validação de instrumentos deste género (Almeida & Freire, 2003; DeVellis, 2003; Gillham, 2007; Hill & Hill, 2002; Maroco, 2007; Moreira, 2009; Pestana & Gageiro, 2008).

Todos os pais/encarregados de educação foram informados acerca do âmbito, objetivo e protocolos de recolha (de forma verbal transmitida pelo próprio professor titular, e formalmente através de uma informação a eles destinada) numa fase prévia, sendo que depois lhes foi solicitado que assinassem um termo de responsabilidade, de consentimento livre, para autorizar os seus filhos/educandos a participar no programa e, como consequência, no presente trabalho. Tendo sido obtido consentimento escrito e informado da parte dos encarregados de educação prosseguiu-se com a recolha.

Após aplicação do questionário - outubro a dezembro de 2017 - foram recolhidos dados de competência motora e composição corporal em todas as turmas/escolas que integram o AEMV. O protocolo aplicado foi o proposto por Luz et al. (2016) e Luz et al (2017), validado para a população portuguesa infanto-juvenil. Estiveram envolvidos no processo de recolha dos dados 3 professores da ESEC-IPC, 8 estudantes finalistas (3.º ano) do curso de licenciatura em Desporto e Lazer e 1 estudante (2.º ano) do curso de mestrado em Jogo e Motricidade na Infância da ESEC.

A avaliação da competência motora foi efetuada por uma equipa de 9 avaliadores sendo que todos foram submetidos a um processo de treino, em conformidade com um protocolo previamente desenvolvido, de forma a conduzirem o processo de recolha de dados de forma válida e conducente com os objetivos definidos (Martins et al., 2018).

3.4. Instrumentos

Conforme já indicado, para efeitos de recolha de dados referentes aos estilos de vida, hábitos alimentares, hábitos de sono e hábitos de prática desportiva, entre outras variáveis, foi aplicado o questionário (anexo 1) denominado por “Hábitos Alimentares e Prática de Atividade Física dos 3-9 anos de Idade (HAePAF.3-9)” (Martins et al., 2018).

Relativamente à competência motora, concretamente o protocolo de avaliação proposto por Luz et al. (2016) e Luz et al. (2017), a recolha dos dados foi organizada de acordo com as 3 dimensões de avaliação (estabilidade, locomoção e manipulação), cada uma integrada por 2 testes de avaliação de cada parâmetro: *shifting platforms* e *lateral jumps* (estabilidade), *shuttle run* e *standing long jump* (locomoção), *throwing velocity* e *kicking velocity* (manipulação).

Para além destes, e tal como no estudo de Luz et al. (2017), foi efetuado um teste de força relativamente à capacidade de preensão manual das crianças, denominado por *hand grip* (Martins et al., 2018). Foi permitido a todas as crianças a realização de 2 tentativas em cada teste, sendo registado o melhor resultado (Martins et al., 2018). De seguida são apresentados os protocolos de cada teste acompanhados por uma ilustração gráfica (fotografia) para melhor interpretação de como os dados foram recolhidos. Na própria descrição, são enunciados os materiais utilizados (eg., radar Pro II Stalker).

3.4.1. *Shifting platforms (SP)*

Descrição: mover lateralmente 2 plataformas de madeira (25 cm x 25 cm x 2 cm). O teste começa com a criança em cima de uma plataforma, movendo a outra para o lado (da direita para a esquerda ou vice-versa), deslocando-se para a segunda plataforma (e assim sucessivamente) durante o tempo 20 segundos (cronómetro). Cada transferência de corpo bem-sucedida é registada com 2 pontos (1 ponto para deslocar a plataforma de um lado para o outro e 1 ponto para mover o corpo para a outra plataforma) (Luz et al., 2017; Martins et al., 2018) (figura 1).

3.4.2. *Lateral jumps (LJ)*

Descrição: a criança tem de saltar com os 2 pés juntos sobre uma ripa de madeira (60 cm x 4 cm x 2 cm), situada no meio de uma superfície retangular (100 cm x 60 cm), desenhada no chão, o mais rápido possível durante o tempo 15 segundos (cronómetro). Por cada salto realizado corretamente (recepção com os 2 pés juntos, sem tocar fora do retângulo) será contabilizado 1 ponto (Luz et al., 2017; Martins et al., 2018) (figura 2).



Figura 1. *Shifting platforms*

Figura 2. *Lateral jumps*

3.4.3. *Shuttle run (SR)*

Descrição: correr a uma velocidade máxima entre 2 linhas desenhadas no chão a uma distância de 10 metros, quatro vezes (4 x 10 m), as quais foram criadas com 5 cones e uma fita métrica para medir a distância a ser percorrida pela criança. Terão de agarrar um objeto posicionado na linha em frente à linha de início (saco de areia), correr para a linha de partida e colocá-lo para além dessa linha, repetindo esta ação novamente. A tarefa termina quando a criança ultrapassa a linha de partida, sendo registado o tempo despendido (cronómetro) (Luz et al., 2017; Martins et al., 2018) (figura 3).

3.4.4. *Standing long jump (SLJ)*

Descrição: obter a maior distância, através de um salto longo em frente, com os 2 pés juntos, podendo utilizar os braços para balançar para trás e para a frente e flexionar os joelhos de forma a ganhar maior impulsão. A pontuação final é aferida em centímetros (fita métrica), pela distância entre a linha de início do salto e a posição de receção ao solo (ponto de contacto mais perto da linha de início) (Luz et al., 2017; Martins et al., 2018) (figura 4).



Figura 3. *Shuttle run*



Figura 4. *Standing long jump*

3.4.5. *Throwing velocity (TV)*

Descrição: arremessar (com a mão) uma bola contra uma parede/muro, com velocidade máxima, podendo usar um balanço prévio de um a dois passos para obter o melhor desempenho. Foi usada uma bola de ténis (diâmetro: 6,5 cm; peso: 57 g) para todas as idades (5-9 anos). O pico de velocidade máxima foi calculado em metros por segundo (m/s), com uma “arma” de radar de velocidade (Pro II Stalke) (Luz et al., 2017; Martins et al., 2018) (figura 5).

3.4.6. *Kicking velocity (KV)*

Descrição: rematar uma bola contra uma parede/muro a velocidade máxima, tal como no protocolo anterior (*throwing velocity*), podendo utilizar um balanço preparatório de um a dois passos para proporcionar melhor desempenho. Foram utilizadas 2 bolas [n.º 3 (circunferência: 62 cm; peso: 350 g) e n.º 4 (circunferência 64 cm; peso: 360 g)] para crianças, respetivamente, de 3 a 8 anos e já com 9 anos. O pico de velocidade máxima foi medido (m/s) com uma “arma” de radar de velocidade (Pro II Stalker) (Luz et al., 2017; Martins et al., 2018) (figura 6).

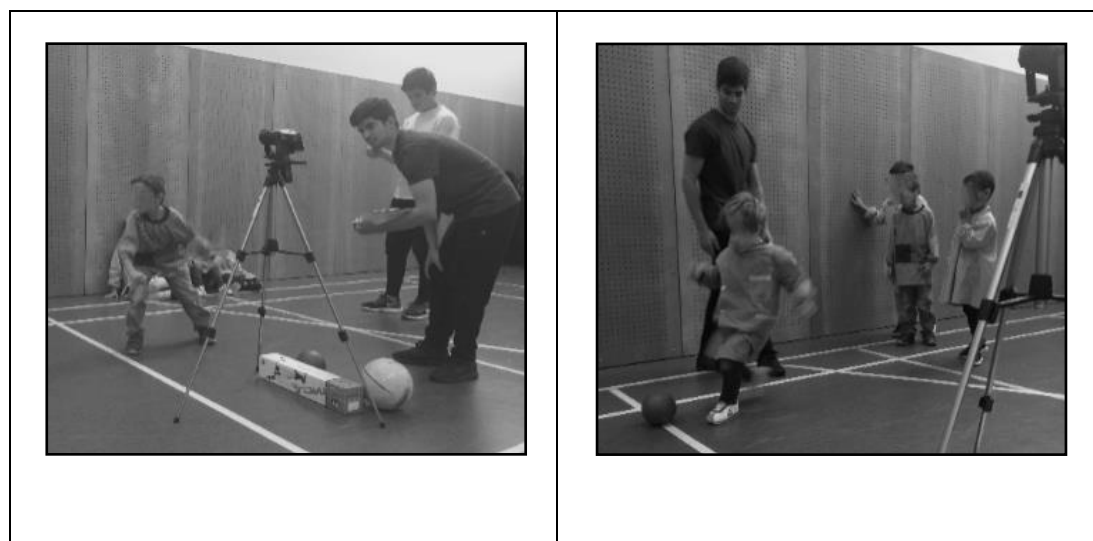


Figura 5. *Throwing velocity*

Figura 6. *Kicking velocity*

3.4.7. *Hand grip (HG)*

Descrição: em posição bípede, com os membros superiores ao lado do tronco, segura-se o dinamómetro com a mão dominante, ficando este posicionado aproximadamente ao nível da coxa. Após o sinal do avaliador, a criança realiza força de preensão palmar máxima, comprimindo a prega do dinamómetro (digital), o mais que conseguir durante aproximadamente o tempo 5 segundos. Este procedimento é realizado novamente, mas com mão não dominante, sendo registado o melhor resultado (Luz et al., 2017; Martins et al., 2018) (figura 7).



Figura 7. *Hand grip*

3.5 Variáveis independentes

Como variáveis independentes temos os estilos de vida, hábitos de alimentação, hábitos de sono e hábitos de prática desportiva.

3.6. Variáveis dependentes

Em relação às variáveis dependentes (competência motora), pretende-se analisar a competência motora das crianças em função das variáveis independentes indicadas

anteriormente. Importa referir que, em virtude dos resultados apresentados no estudo de Campos et al. (2018), onde foi relacionada a composição corporal (excesso de peso e obesidade) com a competência motora, serão apenas analisadas as relações dos testes *shuttle run* e *standing long jump* (locomção), *lateral jumps* (estabilidade), *throwing velocity* (manipulação) e *hand grip* (força de preensão manual).

3.7. Hipóteses estatísticas

De forma articulada com os objetivos, este trabalho de investigação apresenta as seguintes hipóteses estatísticas:

H01: não existe uma relação estatisticamente significativa entre a competência motora e os estilos de vida das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade.

H02: não existe uma relação estatisticamente significativa entre a competência motora e os hábitos de alimentação das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade.

H03: não existe uma relação estatisticamente significativa entre a competência motora e os hábitos de sono das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade.

H04: não existe uma relação estatisticamente significativa entre a competência motora e os hábitos de prática desportiva das crianças do 1.º CEB, dos 6 aos 9 anos de idade.

3.8. Procedimentos estatísticos

Para análise das relações da variável dependente (competência motora) com as variáveis independentes estilos de vida, hábitos de alimentação e hábitos de prática desportiva efetuou-se o teste de correlação ordinal de *Spearman* (r_s) (Pallant, 2011). Para analisar a relação entre a variável dependente (competência motora) e a variável independente hábitos de sono foi efetuado o teste do coeficiente de correlação linear de *Pearson* (r_p), após verificação dos pressupostos da normalidade e homogeneidade (Pallant, 2011).

O pressuposto da normalidade da variável dependente nos diferentes grupos em cada uma das variáveis independentes, foi avaliado pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* com correção de *Lilliefors* para amostras superiores a 30. Quando este pressuposto não se verifica fica salvaguardado devido a $n \geq 30$, considerando o Teorema do Limite Central (Pestana & Gageiro, 2008; Laureano, 2011; Maroco, 2010). O teste estatístico de *Levene* foi utilizado para verificar a assunção da homogeneidade.

As classificações da intensidade dos valores obtidos da correlação são baseadas em Hopkins e Glass (1996) e Hopkins (2002): trivial ($r < 0,1$); pequena ($0,1 \leq r < 0,3$); moderada ($0,3 \leq r < 0,5$); grande ($0,5 \leq r < 0,7$); muito grande ($0,7 \leq r < 0,9$); quase perfeita ($r \geq 0,9$). Os dados foram analisados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 23), para níveis de significância de 5% ($p < 0,05$).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Estilos de vida

Em termos sociodemográficos (agregado familiar) 38,20% das crianças é filho-único, ou seja, não tem irmãos, 51,10% tem 1 irmão, 5,80% tem 2 irmãos e 1,80% tem 3 ou mais irmãos. Quanto ao número de elementos que integram o agregado familiar, apenas 6,00% das crianças vive numa família com 2 elementos, 31,70% de 3, 46,50% de 4, 8,00% de 5 e 5,80% de 6 ou mais. O encarregado de educação é maioritariamente a mãe, em 89,80% dos casos ($M \pm DP = 37,84 \pm 5,07$ anos de idade), em comparação com o pai (8,20%; $M \pm DP = 40,11 \pm 5,88$ anos de idade) ou outro elemento (eg., avô) do seu agregado familiar (1,10%; $M \pm DP = 37,14 \pm 6,01$ anos de idade).

Relativamente ao nível de escolaridade dos pais, a formação completa da mãe é, regra geral, ao nível do Ensino Secundário (36,00%) ou pós-graduada (Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento) (34,70%). Quanto ao pai, por sua vez, apresenta níveis de escolaridade mais baixos [Ensino Básico - 9.º ano (30,30%); Ensino Secundário - 12.º ano (30,70%); Pós-graduação - Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento (17,00%)].

Para caracterização dos estilos de vida serão analisadas e discutidas as respostas obtidas à questão 21 do questionário (anexo 1) - as práticas de lazer e o uso dos tempos livres (tabela 1) - respondidas numa escala de *likert* de 1 (“nunca”) a 9 (“diariamente, mais de 3 horas”). Para além da M e DP, apresentamos os valores da Moda (Mo) e da Mediana (Md) (tabela 1).

Tabela 1. Práticas de lazer e uso dos tempos livres

	M	DP	Mo	Md
1. Ver televisão, jogar no computador, telemóvel, consola e/ou tablet.	5,47	1,58	6	6
2. Ler, ouvir música, pintar e/ou desenhar.	5,00	1,51	4	5
3. Não fazer nada, descansar e/ou dormir a sesta.	2,47	1,78	1	2
4. Brincar num parque infantil ao ar livre.	3,51	1,42	3	3

5. Participar em atividades culturais (tocar ou cantar num grupo musical, fazer teatro, fotografia, pintura...).	2,07	1,41	1	1
6. Passear com a família e/ou amigos.	3,30	1,05	3	3
7. Ir ver espetáculos (desportivos e/ou outros) e/ou eventos culturais (teatros, museus, exposições...).	2,57	0,84	3	3
8. Ir ao centro comercial (passear, ir às compras, ir ao cinema...).	2,94	0,67	3	3
9. Ir ao café e/ou a associações recreativas/coletividades locais.	2,77	1,10	3	3
10. Fazer desporto.	3,88	1,55	4	4

Perante a escala de resposta definida, é possível verificar e destacar o seguinte:

- a) pelos valores de M (5,47), da Mo (6) e Md (6), “ver televisão, jogar computador, telemóvel, consola e/ou tablet” é a atividade na qual a criança passa mais tempo (um resultado de 6 corresponde, qualitativamente, a “diariamente, até uma hora”);
- b) seguidamente, a atividade com valores mais elevados [M (5,00); Mo (4); Md (5)] é “ler, ouvir música, pintar e/ou desenhar”, sendo que um valor de 5 corresponde “de 4 a 6 vezes por semana”;
- c) a atividade com valores mais baixos [M (2,07); Mo (1); Md (1)] é “participar em atividades culturais (tocar e/ou cantar num grupo musical, fazer teatro, fotografia ou pintura...)”, sendo que 1 corresponde a “nunca” e 2 a “apenas nas férias”.

Da análise da relação entre os tipos de estilos de vida e a competência motora, as evidências mostram que (tabela 2):

- a) existe uma relação estatística significativa, linear, pequena e negativa entre “ler, ouvir música, pintar e/ou desenhar” e o teste de competência motora *throwing velocity*;
- b) existe uma relação estatística significativa, linear, pequena e negativa entre “passear com a família e/ou amigos” e o teste de competência motora *hand grip*;
- c) existe uma relação estatística significativa, linear, pequena e positiva entre “fazer desporto” e o teste de competência motora *standing long jump*.

Tabela 2. Relação entre os estilos de vida e a competência motora

		<i>LJ</i>	<i>SLJ</i>	<i>SR</i>	<i>TV</i>	<i>HG</i>
1. Ver televisão...	r_s	-0,011	-0,077	-0,024	0,072	0,021
	p	0,857	0,208	0,698	0,245	0,727
2. Ler...	r_s	-0,102	-0,069	0,091	-0,141*	-0,103
	p	0,082	0,237	0,122	0,016	0,079
3. Não fazer nada...	r_s	0,017	0,020	0,049	-0,029	0,024
	P	0,775	0,739	0,404	0,623	0,683
4. Brincar...	r_s	-0,067	-0,108	0,046	-0,038	-0,051
	P	0,255	0,064	0,429	0,520	0,383
5. Participar...	r_s	0,011	0,040	-0,056	-0,005	0,087
	P	0,848	0,496	0,346	0,929	0,141
6. Passear...	r_s	0,034	0,053	-0,008	-0,071	-0,166*
	p	0,570	0,372	0,886	0,228	0,005
7. Ir ver espetáculos...	r_s	0,070	0,078	-0,074	0,034	0,045
	p	0,236	0,187	0,210	0,569	0,449
8. Ir ao centro...	r_s	0,035	0,008	-0,044	0,002	0,029
	p	0,554	0,886	0,452	0,976	0,626
9. Ir ao café...	r_s	-0,047	-0,056	0,048	0,080	-0,058
	p	0,430	0,348	0,422	0,176	0,333
10. Fazer desporto...	r_s	-0,005	0,116*	-0,046	0,026	-0,008
	p	0,937	0,047	0,441	0,661	0,893

* Correlação significativa para $p < 0,05$

Os estilos de vida provenientes do contexto familiar e social em que a criança se encontra inserida exercem uma grande influência na escolha das práticas de lazer e uso dos tempos livres. Verificou-se que as crianças passam grande parte do seu tempo em casa, em atividades e tarefas pouco ativas fisicamente, como ver televisão, ao invés de ir ao cinema com os seus amigos/familiares, passear ou brincar na rua, tendo-se deste modo evidenciado uma significância estatística negativa no que diz respeito aos testes referentes à destreza e força de preensão manual (*throwing velocity* e *hand grip*), isto é, quando menos ativos são os estilos de vida das crianças (eg., ler, ouvir música, pintar e/ou desenhar) menos competência motora apresentam nos testes referidos. Por outro

lado, é possível verificar uma relação estatisticamente significativa entre a prática de atividade desportiva e o teste *standing long jump*, ou seja, quanto mais praticam mais capacidade apresentam ao nível da força explosiva dos membros inferiores.

Estes dados podem dever-se à condição económica/social dos pais/encarregados de educação (Comissão Europeia, 2018), conduzindo desta forma a criança a um estilo de vida sedentário ou pouco ativo fisicamente, onde a inexistência de atividades ao ar livre em contacto com a Natureza, de moderado/elevado consumo energético, resultam numa falta de destreza físico-motora, influenciando no presente e no futuro (aquando da sua idade adulta) o dia-dia da criança.

4.2. Hábitos de alimentação

Segundo as PDR pela DGS questionou-se os pais e/ou encarregados de educação (questão 11) sobre se o consumo dos seus filhos/educandos estava abaixo, dentro ou acima das PDR. Considerou-se também a hipótese de resposta “não consome”, para os casos de crianças que, pura e simplesmente, não consomem determinados tipos de alimento (eg., fruta). Na tabela 3 são apresentados os valores M, Mo e Md para todos os tipos de alimentos considerados pela DGS [Leite (L); Carne, Pescado, Ovos (CPO); Leguminosas e Derivados (LD); Cereais e Derivados e Tubérculos (CDT); Água (A); Hortaliças (H); Frutas (F); e Gorduras e Óleos (GO)].

Tabela 3. Hábitos de alimentação

	L	CPO	LD	CDT	A	H	F	GO
M	2,93	2,97	2,57	2,76	2,63	2,51	2,86	2,49
Mo	3	3	3	3	3	3	3	3
Md	3	3	3	3	3	3	3	3

Para todos os tipos de alimentos as respostas variaram de 1 (não consome) a 4 (acima da PDR). Os valores da Md e Mo permitem verificar, igualmente para todo o tipo de alimentos, que a tendência de resposta é o número 3 que, na escala de resposta definida, corresponde a um consumo “dentro” das PDR pela DGS. Pelo valor da M é possível verificar que, em todos os casos, os resultados são inferiores a 3 (dentro das PDR), o que remete para uma elevada quantidade de respostas “abaixo” da PDR. Os valores mais altos, logo com consumo mais próximo da PDR, são de CPO (M = 2,97), L (M = 2,93) e de fruta (M = 2,86). O consumo mais baixo está associado a GO (M = 2,49), H (M = 2,51) e LD (M = 2,57).

Considerando os hábitos de alimentação e a competência motora apenas existem evidências estatisticamente significativas (tabela 4) da relação entre as PDR de CPO e o teste de competência motora *lateral jumps* (linear, pequena e positiva). Também existe uma relação estatisticamente significativa (linear, pequena e positiva) entre as PDR de H e o teste de competência motora *shuttle run* (tabela 4).

Tabela 4. Relação entre os hábitos de alimentação e a competência motora

		<i>LJ</i>	<i>SLJ</i>	<i>SR</i>	<i>TV</i>	<i>HG</i>
L	r_s	0,010	0,037	0,030	-0,082	0,042
	p	0,869	0,528	0,614	0,164	0,470
CPO	r_s	0,137*	0,035	-0,018	0,022	-0,014
	p	0,019	0,556	0,766	0,714	0,809
LD	r_s	0,042	0,081	0,065	0,008	-0,064
	p	0,480	0,167	0,270	0,899	0,273
CDT	r_s	0,003	0,042	0,030	0,036	-0,083
	p	0,957	0,478	0,615	0,538	0,160
A	r_s	0,077	0,077	0,058	-0,081	0,006
	p	0,186	0,188	0,326	0,171	0,922
H	r_s	0,000	0,034	0,125*	-0,088	-0,088
	p	0,998	0,563	0,032	0,134	0,133
F	r_s	-0,088	-0,023	0,000	-0,013	-0,075
	p	0,134	0,696	0,999	0,830	0,201

GO	r_s	0,055	-0,028	0,055	-0,013	-0,006
	p	0,346	0,630	0,348	0,826	0,919

* Correlação significativa para $p < 0,05$

A alimentação é uma das causas ambientais com mais impacto na saúde e bem-estar das crianças, devendo esta ser rica em nutrientes provenientes do peixe, da carne, leguminosas e produtos hortícolas. De facto, relaciona-se diretamente com as questões relacionadas com crescimento, desenvolvimento e maturação física durante a infância.

Na discussão de dados referentes a hábitos de alimentação e competência motora constatou-se uma relação estatística significativa e positiva entre as PDR de CPO e H, respetivamente, com os testes *lateral jumps* e *shuttle run*, confirmando a importância de uma alimentação completa e diversificada em termos nutritivos [rica em proteínas (CPO). vitaminas e fibras (H)], mesmo para ganhos de aptidão físico-motora.

4.3. Hábitos de sono

Em relação aos hábitos de sono (questão 20), é possível verificar que durante a semana (segunda a sexta-feira), as crianças deitam-se por volta das 21.30h ($M = 21,65$; $Mo = 21,50$) e levantam-se sensivelmente pelas 7.45h ($M = 7,80$; $Mo = 8,00$). Neste ponto importa referir que 42,80% deitam-se às 22.00h ou ainda mais tarde. Em média, e pelas respostas obtidas, é possível perceber que as crianças do AEMV dormem cerca de 10 horas por dia à semana ($M = 10,02$). Ao fim-de-semana (sábados e domingos), a hora de deitar ($M = 22,31$; $Mo = 22,00$), hora de levantar ($M = 9,18$; $Mo = 9,00$) e o total de horas de sono ($M = 10,74$) é ligeiramente superior.

Relacionando a variável hábitos de sono com a competência motora das crianças, para um nível de significância de 0,05 (e também para 0,01) há evidências estatísticas

para se afirmar que só existe uma relação linear pequena e negativa entre o número de horas de sono durante a semana (S) e o teste *throwing velocity* (tabela 5).

Tabela 5. Relação entre os hábitos de sono e a competência motora

		<i>LJ</i>	<i>SLJ</i>	<i>SR</i>	<i>TV</i>	<i>HG</i>
S	r_p	-0,054	-0,079	0,106	-0,154*	-0,071
	p	0,354	0,180	0,069	0,008	0,228
FS	r_p	-0,004	-0,063	0,068	-0,108	-0,080
	p	0,951	0,281	0,245	0,068	0,173

* Correlação significativa para $p < 0,05$

A criança, para o seu dia-a-dia, necessita de ter qualidade e quantidade (número de horas) de descanso para que o organismo recupere a energia despendida em tarefas que exijam elevados gastos energéticos. Crispim et al. (2011) indicam uma média de 9 horas e 41 minutos. Devido ao excesso de tarefas que a criança executa diariamente, pode vir a desenvolver perturbações nos ritmos vigília-sono que, em consequência, resultam numa dificuldade em reter informação relativa aos mecanismos essenciais às aprendizagens, correlacionadas não só com as condições, hábitos e estilos de vida dos elementos que integram a sua família, mas também com os seus obstáculos pessoais e sociais.

No teste *hand grip* verifica-se a existência de uma relação significativa, negativa, com as horas de sono durante a semana. Por outras palavras, quanto mais as crianças dormem durante a semana menor o seu nível da força de preensão manual (*hand grip*). Pela dificuldade de interpretação destes resultados, e para efeitos de discussão, importa para além das horas de sono considerar igualmente a hora de deitar, a qual, pela análise da estatística descritiva (42,80% deitam-se às 22.00h ou ainda mais tarde), revelou-se tardia. Esse aspeto resulta num baixo rendimento em tarefas físico-motoras, afetando não só a própria criança como também o bem-estar e qualidade de vida dos seus pais.

4.4. Hábitos de prática desportiva

Relativamente aos hábitos de prática desportiva (questão 22), 64,60% indicaram que os seus filhos/educandos praticam atividade desportiva programada e regular. Os restantes 35,40% não praticam qualquer tipo de atividade desportiva. Como primeira opção, a natação é a modalidade mais indicada (42,70%), seguida do futebol (26,30%) e de outras modalidades com menor expressão (ginástica: 7,80%; dança: 6,00%; ballet: 4,50%; artes marciais: 4,50%). Em termos de âmbito de prática, 13,00% praticam na escola, 18,90% de forma informal (eg., pais, familiares ou amigos) e 68,10% em clubes e associações desportivas. Em média, as crianças do AEMV envolvem-se na prática de uma qualquer modalidade desportiva cerca 2 vezes ($M = 1,83$) e cerca de 2 horas (120 minutos) por semana ($M = 125,04$ minutos).

Considerando a variável independente (hábitos de prática desportiva) e os testes de competência motora (tabela 6) verifica-se uma relação estatisticamente significativa linear, pequena e positiva entre a prática desportiva (PD) e o teste de força de preensão manual *hand grip*.

Tabela 6. Relação entre a prática desportiva e a competência motora

		<i>LJ</i>	<i>SLJ</i>	<i>SR</i>	<i>TV</i>	<i>HG</i>
PD	r_p	0,015	0,007	-0,054	0,067	0,128*
	p	0,804	0,910	0,384	0,281	0,040

* Correlação significativa para $p < 0,05$

Interpretando os dados, entendemos que a falta de significância estatística em 4 dos 5 testes aplicados, será resultado da escassa prática desportiva (regular) no dia-a-dia da criança. O tempo excessivo de permanência na sala de aula, estilos de vida com características essencialmente sedentárias (eg., jogar computador) ou a disponibilidade quase inexistente dos pais (ou a sua falta de capacidade financeira) para realização de atividade desportiva, são alguns dos motivos que poderão afetar essa relação. Caso as

crianças não tenham oportunidades para a prática regular de atividade desportiva, as suas habilidades físico-motoras podem não ser desenvolvidas corretamente, em função da sua idade e nível de maturação.

CAPTÍTULO V: CONCLUSÕES

O estilo de vida do ser humano é influenciado pelos hábitos que vai ganhando desde os seus primeiros anos até à idade adulta. A alimentação é um fator primordial para o desenvolvimento, crescimento e/ou prevenção de problemas de saúde. Hábitos alimentares pobres/inadequados, associados à inatividade física, são hoje reconhecidos como algumas das principais causas envolvidas na génese das doenças crónicas não transmissíveis (concretamente a obesidade e/ou excesso de peso). A alimentação é uma exigência e um recurso essencial para a saúde e bem-estar físico da criança (Cordeiro, & Carvalho, 2014).

Uma alimentação adequada é uma carência inerente à manutenção da saúde que gera energia, que consente o fornecimento de energia, forma e recupera as estruturas orgânicas e ajusta os processos de funcionamento do organismo, para além ser uma ferramenta essencial de socialização e de expressão cultural. Na infância, as crianças estão mais suscetíveis a necessidades ou à inadequação de uma alimentação saudável predominante para o seu desenvolvimento cognitivo, físico e motor. É nesta fase que a criança sofre alterações fisiológicas e psicológicas, gera atitudes e comportamentos que condicionam a autoestima, interação com pares, saúde e bem-estar, determinantes para a adoção e manutenção de um estilo de vida positivo até à idade adulta (Madruga, & Neutzling, 2012).

Considerando os objetivos do estudo e as hipóteses estatísticas formuladas, os resultados permitem-nos apresentar as seguintes conclusões:

- a) Perante os estilos de vida adotados e a falta de oportunidades para a prática de atividade física e desportiva, as crianças realizam tarefas mais sedentárias, como, por exemplo, ver televisão, jogar no computador ou *tablet*, as quais contribuem para um défice cognitivo e/ou motor na execução de tarefas que exijam destreza manual e robustez física (eg., teste força de preensão manual - *hand grip*);
- b) Os hábitos alimentares das crianças, através dos contextos onde se encontram inseridas (eg., família, escola) demonstram estar relacionados com a capacidade de

realização de algumas tarefas motoras (eg., relação positiva entre o consumo de hortaliças e o teste de resistência aeróbia *shuttle run*);

c) Os hábitos de sono irregulares condicionam a qualidade de descanso para que o organismo recupere a energia despendida pela criança durante as tarefas do seu dia-a-dia, afetando as aprendizagens efetuadas e a competência motora da criança (eg., teste de força de arremesso - *throwing velocity*);

d) Os hábitos de prática desportiva regular condicionam a competência motora, de forma positiva, nomeadamente na força de preensão manual (*hand grip*).

Desta forma, deve-se realizar uma ação educativa junto das mesmas, na própria escola, visto que é nesta fase que ocorre a formação física, mental e/ou social, por meio de uma aprendizagem relacionada com questões acerca de estilos de vida saudáveis. Uma alimentação saudável, um sono equilibrado ou a prática de atividade desportiva são aspetos fundamentais na saúde infantil pois previnem possíveis problemas futuros, como atrasos no crescimento/desenvolvimento físico-motor da criança.

Atualmente, a saúde é percebida com um meio e não um objetivo de vida. Não sendo unicamente da responsabilidade do sector da saúde, exige a prática de hábitos e estilos de vida saudável. Com o avançar da idade e alterações no modo de vida familiar, novas práticas e estilos se adquirem afetando e interferindo com a saúde pública. Como consequência, é de extrema importância perceber os estilos de vida das populações, a fim de se poder intervir em casos graves de malnutrição ou sedentarismo. Neste sentido é bastante importante criar ações de promoção de estilos de vida saudável. O ponto de partida poderá passar por projetos que envolvam a participação da comunidade escolar e familiar da criança, bem como de intervenientes/entidades responsáveis por esta área (eg., médico de família/centro de saúde). A educação e responsabilização não se limita apenas a uma ação educativa com objetivo de melhorar o estado nutricional da criança. Implica igualmente o desenvolvimento de outras dinâmicas que consintam a melhoria da forma como entendem, organizam, guardam e utilizam toda a informação obtida.

As escolas do Primeiro Ciclo podem e devem ter um papel primordial ao facultar uma educação para a saúde eficaz, embora seja preciso criar uma cooperação entre a família e a restante comunidade, bem como outras iniciativas sociais, para que estejam mais recetivos a este tipo de formação educativa em contexto escolar. É fundamental a participação e intervenção de toda a comunidade, de forma a alcançar-se um esforço sustentado na transmissão de valor, normas e regras alimentares para adoção de hábitos de alimentação saudável associada a uma prática desportiva durante a infância, e que permaneça até à idade adulta.

Os programas de incentivo para a adoção de uma alimentação saudável devem facilitar as opções conscientes para uma vida saudável, os quais podem ser refletidos no meio familiar e/ou comunitário. Para além de promover hábitos e estilos de vida saudáveis, também deve ajudar na continuidade deste tipo de programas educativos, persuadindo as crianças da sua importância. Um programa de Educação Física escolar, com o intuito de promover a manutenção da saúde, deve adquirir relações diretas com o objetivo de estimular estilos de vida saudáveis. Para tal, apresenta um agrupamento diversificado de unidades de ensino (modalidades), compreendendo o diagnóstico dos níveis de crescimento, composição corporal e desempenho motor, até conexões entre atividade motora e nutrição. Ainda que a escola seja um dos locais para a idealização de atividades deste cariz, essas escolhas também podem ser aplicadas e divulgadas em outros espaços (eg., parques, clubes, teatros, praças, livrarias ou hospitais).

Concluindo, entendemos que o atual estudo apresenta-se como uma mais-valia para os profissionais da área, uma vez que através dele conseguem ter a noção de quais os métodos e/ou estratégias a adotar para a formação de programas relacionados com os estilos de vida das crianças de 6 a 9 anos de idade, em contexto escolar. No entanto, tal não faz sentido se não houver uma intervenção articulada e sinérgica, considerando todos os intervenientes com alguma responsabilidade (eg., centro de saúde, autarquia local e/ou clubes desportivos).

CAPÍTULO VI: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação (3ª ed.)*. Braga: Psiquilíbrios.
- Campos, F., Melo, R., Martins F., Damásio, A., & Mendes, R. (2018). *Estilos de vida, composição corporal e competência motora das crianças do Pré-escolar e 1.º CEB do AEMV*. Jornadas Pedagógicas “Estratégias para a inclusão: a escola onde todos aprendem,” AEMV. Montemor-o-Velho - Portugal.
- Campos, F., Santos, R., Temudo, M., Semedo, K., Costa, D., Melo, R., & Martins F. (2018). *Childhood body fat and motor competence in Elementary School (5-9 years old)*. International Health Congress, IPL. Leiria - Portugal
- Carvalho, C., Rosa, N., Cordeiro S., & Chagas A. (2014). Hábitos alimentares na escola infantil. *Revista Científica Interdisciplinar*, 2(1), 136-159.
- Comissão Europeia (2018). *Special eurobarometer 472. Sport and physical activity*. Bruxelas: União Europeia.
- Contento, I., & Michela, J. (1999). Nutrition and food choice among children and adolescents. In A. Goreczny & M. Hersen (Eds.) *Handbook of pediatric and adolescent health psychology (pp.249-273)*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Cordeiro, O. (2013). *Hábitos de vida saudáveis e atividade física em contexto de educação pré-escolar e ensino do 1.º ciclo do ensino básico*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade dos Açores - Ponta Delgada (Portugal).
- Cordeiro, S., Rosa, N., & Carvalho C. (2014). Hábitos alimentares na escola infantil. *Revista Científica Interdisciplinar*, 1(2), 136-159.
- Cordovil, R., & Barreiros, J. (2014). *Desenvolvimento motor na infância*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Costa, A., Nunes, C., Duarte, C., & Pereira, S. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 55-68.
- Crispim, N., Boto, R., Melo, S. & Ferreira, R. (2011). Padrão de sono e fatores de risco para privação de sono numa população pediátrica portuguesa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 93-98.

- Cruz, M., Blois, L., & Neto, B. (2012). Saúde, educação alimentar e infância: contribuições das aulas de Educação Física para adoção de um estilo de vida saudável. Disponível em julho 7, 2018, de <http://www.efdeportes.com>.
- DeVellis, R. (2003). *Scale development (2nd ed.)*. Thousand Oaks: SAGE.
- Dias, L. (2017). *Educação alimentar: sensibilização para o consumo de açúcar numa turma do 3.º ano do 1.º CEB*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Viana do Castelo (Portugal).
- Direção-Geral do Consumidor e Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). *Alimentação em idade escolar*: Lisboa: DGC/APN.
- Folmer, V. (2012). Estratégias lúdicas para a construção de hábitos alimentares saudáveis na educação infantil. *Revista Ciências & Ideias*, 4(1), 1-12.
- Galland, B., Taylor, B., Elder, D., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies, *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 213-222.
- Graça P., Mateus, P., & Lima, M. (2013). O conceito de dieta mediterrânica e a promoção da alimentação saudável nas escolas portuguesas. *Nutricias*, 19, 6-9.
- Gillham, B. (2007). *Developing a questionnaire (2nd ed.)*. New York: Continuum.
- Guedes, D. (1999). Educação para a saúde mediante programas de Educação Física escolar. *Revista Motriz*, 5(1).
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário (2^a ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Laureano, R. (2011). *Testes de hipóteses com o SPSS: o meu manual de consulta rápida*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Lopes, S., Almeida, F., Jacob, S., Figueiredo, M., Vieira, C., & Carvalho, F. (2016). Diz-me como dormes: hábitos e problemas de sono em crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar. *Nascer e Crescer*, 25(4), 211-216.
- Luz, C., Cordovil, R., Almeida, G., & Rodrigues, L. (2017). Link between motor competence and Health related fitness in children and adolescents. *Sports*, 5(41), 1-8.

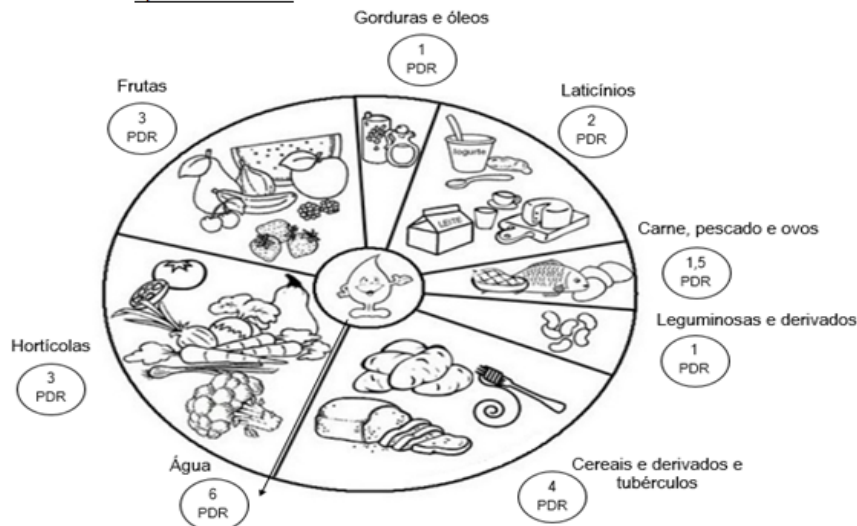
- Luz, C., Rodrigues, L., Almeida, G., & Cordovil, R. (2016). Development and validation of a model of motor competence in children and adolescents. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 19, 568-572.
- Madruga, W., Araújo, P., Bertoldi, D., & Neutzling, B. (2012). Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. *Revista Saúde Pública*, 46(2), 376-86.
- Mahan, L., Escott-Stump, S., & Raymond, J. (2012). *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia (13ª ed.)*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: ReportNumber.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Martins, F., Campos, F., Melo, R., Leandro, C., Gomes, R., Mendes, R., & Damásio, A. (2018). Formiga: atividade física-desportiva, alimentação e estilos de vida saudável em crianças dos 3 aos 9 anos de idade. In G. Galdón, C. Milla, L. Mora, R. Gutiérrez & A. Sánchez (Eds.), *Educación a través del deporte: actividad física y valores* (pp. 137-150). Jaén: Asociación Didáctica Andalucía.
- Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. (2002). Fatores associados à prática da atividade física nos adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 1, 57-66.
- Melo, R., Inácio, A., Pereira, M., Santos, M., Sousa, S., Campos, F., & Martins F. (2018). *Education matters!!! The link between childhood obesity and parents' level of education*. International Health Congress, IPL. Leiria - Portugal.
- Mindell, J., & Owens, J. (2010). *The clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems (2nd ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2016). *Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Moreira, J. (2009). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Edição Almedina.
- Nahas, M. (2003). Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo (3ª ed.). Londrina: Midiograf.

- Owens, J. (2008). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary Care*, 35(3), 533-46.
- Ogden, J. (2003). *The psychology of eating from healthy to disordered behavior*. New Jersey: Blackwell Publishing.
- Organização Mundial de Saúde (2017). Adolescent obesity and related behaviors: trends and inequalities in WHO European region 2002-2014. Copenhaga: WHO.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: a step-by-step guide to data analysis using SPSS (4th ed.)*. Crows Nest NSW: Allen & Unwin.
- Patrick, H., & Nicklas T. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(2), 83-92.
- Pestana, J., & Gageiro, M. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Saraiva T. (2013). *Promoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular em crianças do 2.º ano do ensino básico*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Lisboa (Portugal).
- Silva T. (2014). *Hábitos e problemas do sono das crianças dos 2 aos 10 anos*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa - Lisboa (Portugal).
- Sousa, R. (2009). *Promoção da alimentação saudável em crianças em idade escolar: estudo de uma intervenção*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Lisboa - Lisboa (Portugal).
- Silva, R., Costa, I., Folgado, M., & Alves, S. (2011). Infância e determinantes de saúde: educação para uma alimentação saudável. *Revista Percursos*, 19, 6-9.
- Xavier, L., & Ferreira, J. (2018). A importância da educação nutricional na infância. *Revista Conexão Eletrónica*, 5(1), 9-18.

ANEXOS

<p>Instituto Politécnico de Coimbra (IPC) - Escola Superior de Educação de Coimbra (ESEC) Unidade de Investigação Aplicada em Ciências do Desporto (UNICID)</p> <p>Agrupamento de Escolas (AE), Câmara Municipal (CM), & Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de MONTEMOR-O-VELHO</p> <p>Hábitos Alimentares e Prática de Atividade Física dos 3 aos 9 anos de Idade (HAePAF.3-9) F. Campos, F. Martins, R. Melo, R. Gomes, A. Damásio, & R. Mendes (2017)</p>								
<p>A investigação centrada nos hábitos alimentares e na prática de atividade física é fundamental para definir estratégias que visem a melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens.</p> <p>Por favor, responda com sinceridade ao seguinte questionário. Não existem respostas certas ou respostas erradas, apenas pretendemos saber a sua OPINIÃO.</p> <p>Apesar do questionário não ser anónimo, para permitir acompanhar o seu educando ao longo do percurso escolar, o mesmo é confidencial, sendo os dados recolhidos mantidos sigilosamente sob o nosso domínio.</p>								
<p>CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO* *NÃO PREENCHER</p>								
<p><u>Nome completo do EDUCANDO:</u> _____</p> <p>1. GÉNERO (assinale com um X a sua resposta). 2. IDADE: _____ anos</p> <p><input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino</p> <p>3. Escola que FREQUENTA: _____</p> <p>4. Freguesia da ESCOLA que frequenta: _____</p> <p>5. Freguesia de RESIDÊNCIA: _____</p> <p>6. Nível de ENSINO* (assinale com um X a sua resposta).</p> <p><input type="checkbox"/> Pré-escolar <input type="checkbox"/> 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.º CEB)</p> <p>* Indique igualmente qual o ano que o seu educando frequenta. <input type="checkbox"/> 1.º ano <input type="checkbox"/> 2.º ano <input type="checkbox"/> 3.º ano <input type="checkbox"/> 4.º ano</p> <p>7. Agregado FAMILIAR (assinale com um X a sua resposta, podendo indicar várias opções).</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mãe</td> <td><input type="checkbox"/> Avó Materna</td> <td><input type="checkbox"/> Avó Paterna</td> <td><input type="checkbox"/> Irmão(s) *Se respondeu IRMÃO(S), indique quantos. <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pai</td> <td><input type="checkbox"/> Avó Materno</td> <td><input type="checkbox"/> Avó Paterno</td> <td><input type="checkbox"/> Outro(s) *Se respondeu OUTRO(S), indique quantos. <input type="text"/></td> </tr> </table> <p>8. ENCARREGADO de EDUCAÇÃO (EE) (assinale com um X a sua resposta). _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro *Se respondeu OUTRO, indique quem é o EE: _____</p> <p>9. Idade atual dos PAIS ou EE (caso não seja nenhum de ambos). MÃE: _____ anos PAI: _____ anos EE: _____ anos</p> <p>10. Nível de ESCOLARIDADE (completo e mais elevado) dos PAIS ou EE (assinale com um X a sua resposta).</p> <p>Mãe <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 4.º ano <input type="checkbox"/> 6.º ano <input type="checkbox"/> 9.º ano <input type="checkbox"/> 12.º ano <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento</p> <p>Pai <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 4.º ano <input type="checkbox"/> 6.º ano <input type="checkbox"/> 9.º ano <input type="checkbox"/> 12.º ano <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento</p> <p>... ou EE (caso não seja nenhum de ambos). <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 4.º ano <input type="checkbox"/> 6.º ano <input type="checkbox"/> 9.º ano <input type="checkbox"/> 12.º ano <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento</p>	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Avó Materna	<input type="checkbox"/> Avó Paterna	<input type="checkbox"/> Irmão(s) *Se respondeu IRMÃO(S), indique quantos. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Avó Materno	<input type="checkbox"/> Avó Paterno	<input type="checkbox"/> Outro(s) *Se respondeu OUTRO(S), indique quantos. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Avó Materna	<input type="checkbox"/> Avó Paterna	<input type="checkbox"/> Irmão(s) *Se respondeu IRMÃO(S), indique quantos. <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Avó Materno	<input type="checkbox"/> Avó Paterno	<input type="checkbox"/> Outro(s) *Se respondeu OUTRO(S), indique quantos. <input type="text"/>					

Na imagem seguinte apresentamos as **Porções Diárias Recomendadas (PDR)** pela Direção-Geral de Saúde, de acordo com os diferentes tipos de alimentos.



Para melhor compreensão, indicamos vários exemplos das **PDR** para cada tipo de alimento. Caso o seu educando não consuma (NC) esse tipo de alimento, assinala com um X a sua resposta na primeira quadrícula.

11. Indique, para um dia que considere NORMAL, em que medida as **PDR** consumidas pelo seu educando estão **ABAIXO**, **DENTRO** ou **ACIMA** do recomendado.

a) LATICÍNIOS	Não Consome	Abaixo	Dentro	Acima
Exemplos de 2 PDR:	0	<2PDR	2PDR	>2PDR
2 canecas de LEITE (50cl) ou 4 fatias de QUEIJO (80g) ou 2 IOGURTES líquidos (40cl)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ou combinação entre alimentos [1 caneca de LEITE (25cl) e 2 fatias de QUEIJO (40g)].				
b) CARNE, PESCADO e OVOS	Não Consome	Abaixo	Dentro	Acima
Exemplos de 1,5 PDR:	0	<1,5PDR	1,5PDR	>1,5PDR
40g de PEIXE/CARNE ou 40g de BACON ou 1,5 OVOS...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ou combinação entre alimentos (20g de CARNE e 20g de PEIXE).				
c) LEGUMINOSAS e DERIVADOS	Não Consome	Abaixo	Dentro	Acima
Exemplos de 1 PDR:	0	<1PDR	1PDR	>1PDR
3 colheres de sopa de FEIJÃO/GRÃO DE BICO/ERVILHA/LENTILHA (80g)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ou combinação entre alimentos (2 colheres de sopa de FEIJÃO e 1 colher de sopa de ERVILHA).				
d) CEREAIS e DERIVADOS e TUBÉRCULOS	Não Consome	Abaixo	Dentro	Acima
Exemplos de 4 PDR:	0	<4PDR	4PDR	>4PDR
6 BATATAS (500g) ou 8 mãos de CEREAIS (140g) ou 4 mãos de ARROZ/MASSA (440g) ou 24 bolachas (140g)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ou combinação entre alimentos [(3 BATATAS (250g) e 2 mãos de CEREAIS (35g) e 6 bolachas (35g)].				
e) ÁGUA	Não Consome	Abaixo	Dentro	Acima
Exemplo de 6 PDR:	0	<6PDR	6PDR	>6PDR
6 copos de água (25cl)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ou um total de 1,5 litros.				
f) HORTÍCOLAS	Não Consome	Abaixo	Dentro	Acima
Exemplos de 3 PDR:	0	<3PDR	3PDR	>3PDR
420g de CENOURA/FEIJÃO VERDE/BRÓCULO/COUVE-FLOR/ALHO FRANCÊS/ABÓBORA...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ou combinação entre alimentos (140g de CENOURA e 140g de ABÓBORA e 140g de BRÓCULO).				
g) FRUTAS	Não Consome	Abaixo	Dentro	Acima
Exemplos de 3 PDR:	0	<3PDR	3PDR	>3PDR
3 MAÇÃS/PERAS/BANANAS/KIWIS, LARANJAS (480g) ou 36 bagos de UVAS (480g)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ou combinação entre alimentos (1 MAÇA e 1 BANANA e 12 bagos de UVAS).				
h) GORDURAS E ÓLEOS	Não Consome	Abaixo	Dentro	Acima
Exemplos de 1 PDR:	0	<1PDR	1PDR	>1PDR
1 colher de sopa de ÓLEO/AZEITE (10g) ou 1 colher de sobremesa de MANTEIGA/MARGARINA (15g)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ou combinação entre alimentos [0,5 de colher de sopa de AZEITE (5g) e 0,5 de colher de sobremesa de MANTEIGA (7,5g)].				

12. O seu educando tem algum problema de saúde que lhe afeta a alimentação diária? ☐ Não ☐ Sim
Se sim qual(is)? _____
Em que medida lhe afeta a alimentação diária? _____

13. Nos últimos 12 meses, o seu educando tomou algum suplemento alimentar ou nutricional? ☐ Não ☐ Sim
Se sim qual(is)? _____
Para que efeito(s)? _____

14. O seu educando é alérgico a algum tipo de alimento, substância ou material? ☐ Não ☐ Sim
Se sim qual(is)? _____
Em que medida essa restrição é controlada pela escola? _____

15. O seu educando realizou um Exame Global de Saúde antes de entrar para o 1.º CEB? ☐ Não ☐ Sim
**Caso o seu educando ainda não frequente o 1.º CEB, coloque um X na seguinte quadricula* ☐

16. Qual a distância, aproximadamente em quilómetros (km), entre a RESIDÊNCIA e a ESCOLA? _____ km

17. Quanto tempo, aproximadamente, demora o seu educando na viagem (IDA e VOLTA)? _____ minutos

18. Como o seu educando normalmente se DESLOCA para a escola? _____
☐ Pé ☐ Bicicleta ☐ Carro ☐ Autocarro ☐ Outro **Se respondeu OUTRO, indique qual:* _____

19. Em termos de segurança rodoviária, como classifica a deslocação RESIDÊNCIA - ESCOLA - RESIDÊNCIA?
☐ Muito Inseguro ☐ Inseguro ☐ Nem Inseguro, nem Seguro ☐ Seguro ☐ Muito Seguro

20. Num dia típico de SEMANA (S) e num dia típico de FIM DE SEMANA (FdS), qual o horário a que normalmente o seu educando se deita e se levanta?

S	Horário a que se DEITA H : M	Horário a que se LEVANTA H : M
FdS	Horário a que se DEITA H : M	Horário a que se LEVANTA H : M

21. Considerando as seguintes práticas de lazer e uso dos tempos livres, classifique a frequência e a duração de cada um dos itens seguidamente apresentados.
Considere a seguinte escala*, indicando as suas respostas (1 a 9) nas quadriculas à direita de cada "linha" da tabela.
**1. Nunca 2. Apenas nas férias 3. Apenas aos fins de semana 4. De 1 a 3 vezes por semana 5. De 4 a 6 vezes por semana 6. Diariamente, até 1 hora 7. Diariamente, de 1 a 2 horas 8. Diariamente, de 2 a 3 horas 9. Diariamente, mais de 3 horas*

1. Ver televisão, jogar no computador, telemóvel, consola e/ou tablet.	
2. Ler, ouvir música, pintar e/ou desenhar.	
3. Não fazer nada, descansar e/ou dormir a sesta.	
4. Brincar num parque infantil ao ar livre.	
5. Participar em atividades culturais (tocar ou cantar num grupo musical, fazer teatro, fotografia, pintura...).	
6. Passear com a família e/ou amigos.	
7. Ir ver espetáculos (desportivos e/ou outros) e/ou eventos culturais (teatros, museus, exposições...).	
8. Ir ao centro comercial (passear, ir às compras, ir ao cinema...).	
9. Ir ao café e/ou a associações recreativas/coletividades locais.	
10. Fazer desporto.	

22. O seu educando costuma praticar alguma atividade desportiva programada e regular (frequência SEMANAL)?
☐ Não ☐ Sim*
**Se respondeu SIM, indique qual(is) a(s) atividade(s) praticada(s) e quanto tempo a(s) pratica por semana?*

Atividade DESPORTIVA	ÂMBITO*	N.º de x / SEMANA	Horas(h):Minutos(m) / SEMANA
		x / SEMANA	h : m
		x / SEMANA	h : m
		x / SEMANA	h : m
		x / SEMANA	h : m

**Exemplos de ÂMBITO de prática desportiva: escola ou clube/associação ou não formal (pais, familiares e/ou amigos)...*

Considerando o ano letivo anterior, indique o quanto DISCORDA ou o quanto CONCORDA com as afirmações a seguir listadas. Caso não tenha informação para responder, coloque um X na quadricula à direita da tabela (NS).

Caso o seu educando tenha frequentado o Ensino Pré-escolar, responda à questão 23 e 25.

Caso o seu educando tenha frequentado o 1.º Ciclo de Ensino Básico (1.º CEB), responda à questão 24 e 25.

Caso seja o primeiro ano que o seu educando está no SISTEMA de ENSINO, responda apenas à questão 25.

Como deverá ter em consideração o ano letivo anterior, caso este ano o seu educando tenha mudado de escola, indique: (responda apenas se o seu educando mudou de escola).

Escola que FREQUENTOU no ano letivo anterior:

Freguesia da ESCOLA que frequentou no ano letivo anterior:

Considere a seguinte escala*, indicando a sua resposta (1 a 5) na quadricula à direita de cada AFIRMAÇÃO.

1. Discordo totalmente 2. Discordo em parte 3. Nem discordo, nem concordo 4. Concordo em parte 5. Concordo totalmente

23. Ensino PRÉ-ESCOLAR

	1a5	NS
1. O meu educando gostou da escola que frequentou.		
2. Eu gostei da escola que o meu educando frequentou.		
3. O educador demonstrou preocupação com a evolução do meu educando.		
4. O educador demonstrou disponibilidade para esclarecer as dúvidas que tive.		
5. Eu recebi regularmente informação acerca da evolução do meu educando.		
6. Eu senti-me confortável para visitar a escola que o meu educando frequentou.		
7. Eu fui convidado a participar nas atividades realizadas.		
8. Eu fui convidado a contribuir com a minha opinião para a planificação das atividades.		
9. As atividades realizadas foram desafiantes para a evolução do meu educando.		
10. Eu senti-me esclarecido acerca dos programas, conteúdos e atividades realizadas.		
11. Eu considero que a escola providenciou um ambiente seguro ao meu educando.		
12. Eu considero que a escola se preocupou com a prática desportiva do meu educando.		
13. Eu considero que a escola se preocupou com a alimentação do meu educando.		
14. Eu considero que a escola se preocupou com o horário das refeições do meu educando.		
15. Eu considero que a escola se preocupou com a variedade da alimentação do meu educando.		
16. Eu considero que a escola se preocupou com os hábitos de higiene do meu educando.		

24. 1.º CICLO do ENSINO BÁSICO (1.º CEB)

	1a5	NS
1. O meu educando gostou da escola que frequentou.		
2. Eu gostei da escola que o meu educando frequentou.		
3. O professor demonstrou preocupação com a evolução do meu educando.		
4. O professor demonstrou disponibilidade para esclarecer as dúvidas que tive.		
5. Eu recebi regularmente informação acerca da evolução do meu educando.		
6. Eu senti-me confortável para visitar a escola que o meu educando frequentou.		
7. Eu fui convidado a participar nas atividades realizadas.		
8. Eu fui convidado a contribuir com a minha opinião para a planificação das atividades.		
9. As atividades realizadas foram desafiantes para a evolução do meu educando.		
10. Eu senti-me esclarecido acerca dos programas, conteúdos e atividades realizadas.		
11. Eu considero que a escola providenciou um ambiente seguro ao meu educando.		
12. Eu considero que a escola se preocupou com a prática desportiva do meu educando.		
13. Eu considero que a escola se preocupou com a alimentação do meu educando.		
14. Eu considero que a escola se preocupou com o horário das refeições do meu educando.		
15. Eu considero que a escola se preocupou com a variedade da alimentação do meu educando.		
16. Eu considero que a escola se preocupou com os hábitos de higiene do meu educando.		
17. O meu educando pedia-me ajuda para fazer os TPCs.		
18. Eu ajudava o meu educando a fazer os TPCs.		
19. Após o meu educando fazer os TPCs, eu confirmava se os mesmos estavam bem feitos.		
20. O professor foi-me sugerindo estratégias para ajudar o meu educando a fazer os TPCs.		
21. Eu senti que o meu horário de trabalho condicionou a formação do meu educando.		
22. Eu senti que a minha atividade profissional condicionou a formação do meu educando.		

25. OBRIGADO pelo tempo que dedicou ao preenchimento deste questionário. Caso tenha alguma recomendação, crítica e/ou sugestão a fazer, agradecemos que nos dê a sua opinião no espaço abaixo disponibilizado.

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!